

Tra miracoli e quantificazione: le magnifiche sorti della riabilitazione

Carlo Perfetti

*Tratto da “Riabilitazione Oggi” – Anno XIX – n.7 – settembre 2002
Per gentile concessione di Romualdo Carini*

Sostengono gli epistemologi, che in tutte le discipline scientifiche è frequente riscontrare l’alternarsi di momenti di espansione delle conoscenze con momenti di approfondimento, nei quali la mancata acquisizione di nuovi territori di sapere pertinenti alla disciplina è, per così dire, sostituita dall’approfondimento nei confronti delle recenti conquiste, approfondimento necessario per poter poi partire per ulteriori avanzamenti.

Massimo Baldini ha, a questo proposito, elaborato l’analogia dell’uomo di scienza con il contadino che, dopo aver falciato parte del campo, si ferma, si volta indietro per controllare il lavoro svolto, utilizza il momento di pausa per affilare la falce e poi riparte con maggior lena ed efficacia per falciare quello che resta del campo.

Non è il caso del riabilitatore.

Gli appassionati della storia di questa disciplina, che negli ultimi tempi avessero trovato la voglia e il modo di sorvegliare gli interessi culturali del popolo dei riabilitatori, non avrebbero potuto non provare la percezione sgradevole del già visto (e proposto con maggior cura già diversi anni fa), lo stato d’animo imbarazzante del già fatto (e spacciato ora come ultima novità), la sensazione un po’ deprimente del già, *absit iniuria verbis*, teorizzato (anche allora senza tanto successo).

Succede infatti un po’ troppo spesso, in questa disciplina, che tornino alla ribalta tematiche e soluzioni che parevano ormai superate, obsolete e consegnate definitivamente alla storia, come se tanti anni fossero passati senza lasciare traccia.

Un esempio recente, tipico di questa situazione, può essere considerato il ritorno della “spasticità”.

Congressi, convegni, giornate di studio, numeri monografici di riviste sono stati recentemente dedicati a questo importante elemento della patologia neurologica.

Con programmi ritagliati, senza alcuna variazione, da quelli di trenta anni fa: inizia il fisiologo con la sua introduzione, poi il neurologo dice la sua sulla valutazione, infine la rassegna, ad opera del fisiatra, di tutte le proposte terapeutiche (le solite), riservando la maggior enfasi (come al solito) a quella che per qualche motivo, di non difficile individuazione, è, al momento, di moda.

Con tentativi di interpretazione ripresi dal museo degli orrori, “qualche volta gli effetti positivi sono superiori ai negativi...” oppure “non bisogna dimenticare che rappresenta anche un elemento di particolare utilità, come per esempio nel mantenimento della stazione eretta”, per cui, per favore, non eliminiamola del tutto.

Con proposte terapeutiche talmente semplicistiche e vaghe, che la dicono lunga sul livello di elaborazione a cui viene sottoposto uno dei più complessi concetti della neuroriabilitazione.

Anche la soluzione più recente, l’uso della tossina botulinica, ricalca, quasi pedissequamente, una delle soluzioni proposte tanti anni fa ed abbandonata senza troppi rimpianti: la riduzione della intensità della contrazione della muscolatura “spastica”, attraverso l’iniezione nel muscolo di sostanze farmacologicamente caratterizzate.

Lo scopo è sempre il solito: arrivare a risultati complessi con il minimo impegno.

In riabilitazione ciò sta a significare senza fare ricorso all’esercitazione terapeutica, e soprattutto alle tappe di studio e di ragionamento che la precedono.

Come si può pensare di affrontare e risolvere un problema così articolato con una “punturina miracolosa”?

Che per essere praticata ha però bisogno del superesperto.

Che, peraltro, viene presentata come valida anche nel torcicollo, nelle paralisi di plesso brachiale, nello spasmo del facciale, nelle rughe delle signore anziane (e ricche) e chi più ne ha più ne metta.

Almeno un rimando concettuale e bibliografico alle infiltrazioni di alcool nei punti motori della muscolatura ipertonica, proposte tanti anni fa con lo stesso scopo e praticate molto più a buon mercato (ma questo è forse l’handicap principale) e senz’altro meglio studiate dal punto di vista neurofisiologico (vedi i lavori di Tardieu), apparirebbe indispensabile.

Così come un’occhiata ai testi della signora Bobath, certo non accusabile di appartenere alla “eresia” conoscitiva, e alle sue osservazioni sulla spasticità avrebbe permesso di considerare tutta l’operazione come irrilevante.

C’è da domandarsi se e cosa abbiano studiato gli addetti ai lavori in questi anni, se e cosa abbiano sperimentato, se e cosa abbiano discusso in tanti congressi, seminari, workshop, e in tante riviste, e in tanti confronti con la comunità internazionale dei ricercatori, se all’interno della disciplina non si riesce a trovare niente di più stimolante da proporre per lo studio e per il trattamento di elementi della patologia, che pure altri Autori di altre discipline hanno nel frattempo studiato con impegno.

Contemporaneamente, ma forse non è casuale, gli stessi, che inneggiano alla “punturina miracolosa”, teorizzano che la riabilitazione deve diventare scienza, che ormai è matura per acquisire i modi di proporsi di una disciplina scientifica... e che tutto questo sarà possibile grazie all’impegno quantificatorio concesso dall’acquisto di sofisticate apparecchiature, senza le quali la promozione a scienza non sarà possibile e il riabilitatore non potrà dimostrare ai suoi committenti di essere affidabile, dimostrazione che per alcuni pare rappresenti il massimo della gratificazione.

Ma come si fa a parlare di scienza, se non si ha la forza neppure di discutere di che tipo di scienza si tratti, di come debba operare questa “scienza” per acquisire i dati assenti che le sono necessari, di quali sono gli strumenti necessari per acquisirli. Ma forse proprio qui sta il problema: non è sentita da parte degli addetti ai lavori alcuna necessità di acquisire dati nuovi. Tutto è già stato scritto e deve solo essere eseguito. Non ci sono “le linee guida” e la “evidence based medicine”???

Come si fa a parlare di scienza se poi si teorizza che tutto va bene, tutto è riabilitazione, purché non costringa a ragionare e ad impegnarsi, basta solo trovare le semplificazioni giuste per poter quantificare il risultato finale.

Questa è la maniera per giustificare il permanere della riabilitazione a livello di pratiche empiriche disperse, per le quali non occorre serietà di studi, ma solo dimostrare che qualche parametro del paziente presenta una qualche variazione, da interpretare come un certo miglioramento, in seguito a qualcosa che gli è stato fatto.

Prima di dare per scontate alcune affermazioni un po’ ottimistiche, sarebbe, invece, opportuno affrontare e tentare di sciogliere alcuni nodi metodologici di non poco conto.

Intanto nessuna scienza può pretendere di chiamarsi tale se non definisce il suo oggetto.

Non è fuor di luogo proporre ancora una volta, per la riabilitazione, il ruolo di scienza del recupero, inteso in maniera molto simile all’apprendimento, e cioè come modificazione adattiva del comportamento determinata dalla esperienza.

Modificazione nel senso di variazione controllabile; adattiva nel senso che deve risultare significativa per il sistema; del comportamento nel senso che non può essere rappresentata esclusivamente da modificazioni di singoli elementi, ma deve corrispondere a modificazioni dell’intero sistema; determinata dall’esperienza, in quanto una tale modificazione non può essere ottenuta tramite stimolazioni o iniezioni di sostanze miracolose.

Tutto questo determina una coerente scelta di campo per quanto riguarda i compagni di viaggio da privilegiare.

Una scienza deve definire anche il livello di approfondimento dei suoi modi di fare ricerca, osservazione, elementi predittivi, obiettivi e modalità del trattamento. Accontentarsi, per esempio, di ottenere il reclutamento di qualche unità motoria in più in qualche muscolo, attraverso la eliminazione di una parte dell'antagonista, sembra obiettivo troppo semplice. Rimandare ogni giudizio sulla validità di una procedura ad una precisa e severa valutazione della porzione quantificabile dei risultati, sembra francamente semplicistico.

Solo lo studio accurato dei problemi, al massimo livello di approfondimento, anche a partire da analisi fatte da altri ricercatori rende possibile il progresso e la scientificità della disciplina.

Studio approfondito vuol dire, infatti, anche sapere (cioè essere in possesso di un sapere che permetta di) dialogare con i ricercatori di base, oltre che con i clinici, con i quali costruire, filtrando il loro sapere attraverso quello riabilitativo, modelli sempre più complessi della patologia da trattare, elaborati in modo da poter essere messi alla prova attraverso i mezzi prescelti per la ricerca. La semplificazione esagerata ha sempre condotto a proposte operative altrettanto esageratamente semplici.

Devono, infatti, essere definiti anche i mezzi attraverso i quali condurre la ricerca. E per il riabilitatore non c'è dubbio che lo strumento peculiare della ricerca non può non essere l'esercizio terapeutico, non certo internet o gli abstracts di Medline.

Come si fa a dirsi riabilitatori e a non dedicare la massima attenzione all'esercizio terapeutico?

O forse l'esercizio è problema tanto esile e irrilevante, che se ne può anche non parlare, affidando tutto il rigore metodologico al successivo intervento di quantificazione dei risultati ottenuti?

Appare sempre più necessario dare, o perlomeno tentare di dare, una risposta a queste problematiche, per impedire che periodicamente ritornino, per evitare cioè che i futuri riabilitatori si ritrovino, tra altri trenta anni, ancora a sperare nella "punturina miracolosa" per guarire la cosiddetta spasticità, stando attenti a non guarirla troppo, perché serve al malato per mantenere la stazione eretta.